

CONSULTA EN SALA
UNIVERSIDAD DEL SALVADOR
FACULTAD DE MEDICINA

MAESTRIA EN SALUD PUBLICA

TITULO

**"LAS DECISIONES CONFLICTIVAS EN EL FINAL DE LA
VIDA."**

AUTOR

**RODOLFO C. ZANNOLI
MEDICO**

UNIVERSIDAD
DEL SALVADOR

TUTORES

Dra. ANA MARIA MENDES DIZ.

Dr. JORGE LEMUS.

AÑO 2000

INDICE.

I INTRODUCCIÓN.

- I, a. Generalidades.
- I, b. Definiciones.
- I, c. Posturas ante la eutanasia y el suicidio asistido.

II CONSIDERACIONES METODOLOGICAS, PROPOSITO Y OBJETIVOS.

III HISTORIA.

- III, a. La muerte "ritualizada".
- III, b. La eutanasia "medicalizada".
- III, c. La eutanasia "autonomizada".

IV ASPECTOS MEDICOS-SANITARIOS.

- IV, a. La asistencia al paciente terminal.
- IV, b. Morir en casa.
- IV, c. El Comité Asistencial de Ética.

V ASPECTOS BIOETICOS.

- V, a. Los principios de la Bioética.
- V, b. La distinción entre matar y "dejar morir".
- V, c. El derecho a morir con dignidad.
- V, d. Las decisiones autónomas de los pacientes.
- V, e. Santidad y calidad de vida.
- V, f. La pendiente resbaladiza.

VI ASPECTOS LEGALES.

- VI, a. El caso lícito.
- VI, b. El caso ilícito.
- VI, c. El caso controvertido.

VII LA EUTANASIA EN HOLANDA Y EN LOS ESTADOS UNIDOS.

VIII UN ESTUDIO EMPIRICO.

- VIII, a. Cuestionario.
- VIII, b. Respuestas del sector sanitario.
- VIII, c. Respuestas del sector jurídico.
- VIII, d. Respuestas del sector religioso.
- VIII, e. Análisis de las opiniones recogidas.

IX CONCLUSIONES.

X POSICION PERSONAL.

XI BIBLIOGRAFIA.

I. INTRODUCCION.

I a. Generalidades.

Ante el enfermo terminal no cabe la indiferencia pues nos remite, inevitablemente, a nuestro propio ciclo vital.

Su carga de conflictos son un desafío que debe enfrentarse de manera provechosa tanto por quien padece la circunstancia de muerte próxima, por quienes deben acompañarlo, como por todo el cuerpo social.

Sin entrar ahora en valoraciones éticas y morales, cada ser humano tiene una visión particular de la vida, del sentido del sufrimiento y del dolor, del morir y de la eutanasia.

Cada vez que se hallen las respuestas adecuadas, habremos avanzado en la dirección de fortalecer los vínculos solidarios y elevar la condición humana de nuestra sociedad. Por el contrario, la materialidad utilitaria y el individualismo seguirán aprovechándose de los errores.

No podemos ignorar la importancia del tema; su peso es tal, que la forma en que nuestra sociedad occidental contemporánea resuelva (o intente resolver) estas situaciones, será determinante de las relaciones básicas futuras que en ella se desarrollen. Así, el colectivo sanitario debe asumir su rol fundamental dentro de este debate, buscando una posición ideológicamente consensuada y éticamente sólida, que sirva de referencia al resto de la sociedad y evite la banalización de un tema en el que no existe margen para la improvisación.

Es indudable que para el paciente muy enfermo, para su familia y para los médicos que lo atienden, las decisiones sobre el tratamiento a seguir, acarrearán graves consecuencias. Muchos factores son especialmente relevantes en la toma de estas decisiones ante una

muerte inminente, y los dilemas que se originan nos obligan a revisar nuestras prioridades éticas: El respeto por la vida humana, el respeto por la autonomía de las personas y nuestra concepción de los fines de la medicina.

Afortunadamente la Bioética se ha convertido en una de las disciplinas médicas centrales, así, el pensamiento médico, el saber psicológico, la reflexión jurídica, moral y religiosa se ocupan, con dedicación creciente, sobre uno de los problemas más álgido y actual de la investigación Bioética: Los frecuentes conflictos que surgen en el final de la vida humana.

Son muy numerosos y profundos los interrogantes sobre los que debemos reflexionar cuando pretendemos asomarnos al tema:

¿Es la vida del hombre propia del hombre o es a él concedida?

¿Es la vida algo más que la capacidad del hombre de hacerse a sí mismo?

¿Existen límites a la autonomía de los pacientes terminales para la libre disposición de su cuerpo?

¿Puede la autonomía intelectual amparar actos cuando éstos no son auténticamente intransitivos?

¿Existe una ética aceptable para actos como la supresión o no instauración de tratamientos o la administración de drogas que, junto a su beneficio específico, acortarán la vida del paciente?

¿Es el argumento del dolor y del sufrimiento insoportable suficiente para provocar intencionalmente la muerte de un paciente terminal?

¿Es la eutanasia activa directa y voluntaria un modo de dignificar la muerte?

¿Existe diferencia entre el "homicidio compasivo" y el "dejar morir"?

¿Tienen los Cuidados Paliativos eficacia significativa en la reducción de los dolores y sufrimientos extremos?

¿Deben despenalizarse las prácticas eutanásicas de los médicos?

¿Debería contemplar el Código Penal casos realmente excepcionales?

¿Qué debe hacer el médico ante aquel paciente que, en circunstancias insoportables, le solicita seriamente que ponga término a su vida?

Nuestro momento histórico nos coloca dentro de una sociedad donde confluyen pluralidad ideológica, alta tecnificación y hondo convencimiento de la autonomía intelectual. El cruce de estas variables ha encendido el debate sobre el espinoso problema de la eutanasia, el suicidio asistido y la supresión de las medidas de soporte vital.

Contrariamente a lo que puede pensarse, abordar este tema no es para tratar sobre la muerte sino sobre la vida.

El momento próximo al fin, sólo comparable en su particularidad con el de nacer, encuentra una vida precaria, vulnerable e indefensa. Aparecen las mayores dudas, temores y angustias; también una especial inteligencia emocional que explica las admirables respuestas de autocontrol con que, frecuentemente, el enfermo nos sorprende.

Por desarrollado proceso madurativo que el individuo haya experimentado durante su vida con distintas experiencias de muertes parciales (afectiva, laboral, social, etc.), es en el proceso del morir biológico donde se experimentan los sufrimientos más profundos, las peores indiferencias y, muchas veces, la violación de los derechos más elementales. Todo esto nos exige el mayor de los respetos a la persona muriente; acompañamiento y comprensión que no vulneren su autonomía ni sus derechos individuales. Si tales necesidades se atienden con vocación, tiempo y preparación, no debemos considerar utópico la "muerte dignificada".

La prioridad absoluta en el control de la enfermedad (pretendiendo domesticar la muerte) conduce a desconsiderar el dolor psíquico, social y espiritual de quién transita sus últimos días. El modo natural, íntimo y familiar de morir de antaño ha sido avasallado por la irresistible fuerza centrípeta de las grandes instituciones sanitarias, sólo enfrentada a la débil familia actual, desmembrada y nuclear.

La medicina hipertrofió su finalidad de curar (recuperar) en detrimento de las de prevenir y de consolar.

El objetivo de prevención ha tenido, en las últimas décadas, un vigoroso impulso. La misión de acompañamiento y consolación persiste relegada, su declamación teórica apenas pasa a la práctica. Al menos en nuestro país, se perciben muy pocas acciones concretas en pos de esta irrenunciable obligación.

Renovados planteos éticos, morales, legales, médicos y religiosos acompañan la irrupción de los formidables progresos biotecnológicos actuales. Estos ocasionaron, en una sociedad de producción y consumo, la ilusoria sensación que la medicina "lo puede todo".

Dejó de asumirse la muerte como un hecho natural, tanto en lo biológico como en lo social. Se la oculta, aísla y niega; es sinónimo de fracaso.

Si recuperáramos la capacidad de socializar la muerte, asumiéndola cabalmente, recreando el acompañamiento en el proceso de morir y el duelo posterior, no sólo mejoraría notablemente la circunstancia de quien transcurre el final de su vida, sino también, se moderaría el exceso de expectativas de la sociedad para con la medicina. No por simple resignación a la enfermedad, sino por revalorización de la vida humana y su trascendencia.

La posibilidad de mantener la vida biológica, con riesgo de sobrepasar el límite de lo razonable, en pacientes que han tomado clara

conciencia de sus derechos de autonomía, libertad de elección y desarrollo de la propia personalidad, crea las condiciones necesarias para que surjan herramientas defensivas contra las injerencias externas abusivas. El consentimiento informado, los testamentos vitales, el rechazo terapéutico, y también la solicitud de la eutanasia o del suicidio asistido, son claros ejemplos de ello. También han influido de manera relevante las presiones ejercidas por las Asociaciones "por una muerte digna" y la despenalización de la eutanasia activa voluntaria en Holanda y en parte del territorio de Australia.

Hace tiempo que el debate está abierto en el mundo, incluso en naciones con fuerte tradición católica (ej. España).

El hecho que en nuestro país todavía no se perciba con similar intensidad puede atribuirse a que muchos otros problemas, en apariencia más urgentes e inmediatos, ocupan la atención general y a que ningún episodio concreto tomara estado público y encendiera la mecha de la discusión. Nada permite descartar que esto pueda suceder de un momento a otro.

Los sectores comprometidos en esta problemática deben estar preparados; para esto no hay otro camino que no sea promover el debate interno en procura de criterios comunes pues aquí está en juego el fundamento básico tanto del orden jurídico como del rol de la medicina.

En el debate que intente echar luz sobre los interrogantes así planteados no se puede ser neutral; debemos estar inmersos en él, contemplando y examinando las posturas más relevantes por radicales o intransigentes que parezcan. Todas las posiciones son válidas y deben ser tenidas en cuenta, siempre que surjan de una profunda reflexión y estén honestamente enunciadas

Mucho (casi todo) será materia opinable, pero cualquiera sea el argumento esgrimido deberá, para poder participar en la contienda con posibilidad de éxito, incluir tres conceptos esenciales:

- *Absoluto respeto por la vida humana.*
- *Aplicabilidad universal.*
- *Predicción de las posibles consecuencias de su práctica.*

Sin un análisis global y exhaustivo de los fundamentos y las consecuencias que la aceptación de la eutanasia o del suicidio asistido supondrían, corremos el riesgo de desenfocar la esencia del problema y tomar decisiones arbitrarias, impregnadas por la emotividad más que por la racionalidad ética y moral.

Tampoco podemos soslayar nuestra obligación docente ante la sociedad. El médico es, al mismo tiempo, nexo y efector de la Bioética en la comunidad. Esta necesita percibir que los principios de aquella se cumplen cabalmente para poder asumir al Sistema Sanitario como garante de la dignidad humana.

I b. Definiciones.

Estimo conveniente dejar claramente expresados algunos conceptos que se reiteraran a lo largo de este trabajo.

Para definir la *eutanasia activa directa y voluntaria* podemos decir que es el hecho de provocar en forma directa la muerte de otra persona para evitar que ésta sufra o que muera de un modo considerado indigno, por solicitud expresa y libre del paciente.

La *eutanasia pasiva (por acción u omisión)* es la circunstancia de retirar o no iniciar un tratamiento cuando existe razonable certeza que este es inútil, quedando los acontecimientos librados al curso natural de la enfermedad.

La *eutanasia activa indirecta* es la aceleración de la muerte que puede sobrevenir al administrarse un tratamiento cuyo fin es el control de síntomas intolerables.

El *suicidio asistido* es cuando el médico proporciona al paciente competente los medios necesarios para que pueda llevar a cabo el suicidio; el paciente es, en última instancia, el agente efector.

Por *enfermo terminal* se entiende aquél que se halla en la fase aguda terminal de una enfermedad crónica que va a poner término a la vida del paciente en un plazo no mayor a los seis meses.

Por *muerte digna o sin dolor* puede entenderse al hecho asistencial total que potencia el control del dolor y del sufrimiento de toda índole mediante apoyo médico, psicológico, social y espiritual.

Los *testamentos vitales* son directrices que las personas competentes manifiestan anticipadamente por escrito, en uso de la razón y la libertad, mediante las cuales expresan sus deseos acerca de un morir digno.

I c. Posturas ante la eutanasia activa voluntaria y el suicidio asistido.

Como compendio de las posibles actitudes a tomar frente a la eutanasia y el suicidio asistido, se enuncian aquí las tres más usuales:

1) Calidad de vida y libre disponibilidad de la misma.

Quienes son partidarios de la despenalización de la eutanasia y legitiman su práctica, se apoyan en los siguientes postulados:

- Autonomía, dignidad, calidad de vida, libertad y libre desarrollo de la personalidad son los derechos fundamentales e irrenunciables de las personas. Estos derechos se acrecientan en las situaciones de límite de la vida.

- Debe primar la calidad de vida sobre la cantidad de vida (calidad sobre cantidad). Interesa más cómo se vive que cuánto se vive.
- Muchas prácticas médicas prolongan innecesariamente la agonía. Prolongan la muerte más que la vida.
- La voluntad firme y reiterada de los pacientes por poner fin a una vida devaluada.
- La carga psicológica, económica y social que una precaria vida supone para el paciente y para los demás.
- La necesidad de proteger a los médicos y a los familiares ante la Ley. Las leyes penales actuales, en su inmensa mayoría, no reconocen diferencia entre los distintos tipos de homicidio (voluntario frente al violento involuntario).
- Aceptar moralmente el dejar morir y repudiar la eutanasia activa y voluntaria es injusto e hipócrita. Si un médico deja morir a un paciente por razones humanitarias, se encuentra en la misma posición moral que si, a requerimiento del paciente, y por razones humanitarias, le administra un fármaco letal. No es fácil establecer la diferencia moral entre matar y dejar morir.
- El paciente es soberano y responsable de las decisiones que adopte sobre su vida y sobre su muerte. Los médicos no deben coaccionar al paciente para que el modelo de muerte que este anhela se asemeje al que aquellos propugnan.

2) Inviolabilidad y santidad de la vida.

Frente a estas argumentaciones están las de quienes se oponen terminantemente a la despenalización de la eutanasia. Su práctica supone una temible y profunda violación del sentido de la profesión médica. En defensa de esta postura se esgrimen los siguientes postulados: